

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA NnD.W.B DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM**

**DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**KaryaTulisIlmiahIniDisusunSebagaiSalahSatuPersyaratanUntuk**

**MenyelesaikanProgram Pendidikan Diploma III Keperawatan**

**Pada Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**HANA MANIA SAMENEL**

**NIM : PO. 530320116250**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN PEMBERDAYAAN**

**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

NAMA : HANA MANIA SAMENEL  
NIM : PO. 530320116250  
PROGRAM STUDI : D-III KEPERAWATAN  
INSTITUSI : POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah merupakan benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau pembuatan tersebut.

Kupang, 13 Juni 2019

**Pembuat Pernyataan**



**Hana mania samenel**  
**NIM : PO.530320116296**

**Mengetahui**  
**Pembimbing**



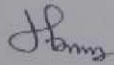
**Yuliana Dafroyati.S,Kep.,Ns.,MSc**  
**NIP. 197202181997032001**

### LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Hana Mania Samenel NIM PG530320116250 Dengan  
Judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.D.W.B Dengan perdarahan post partum Di  
RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



Hana Mania Samenel  
NIM : PG. 530320116250

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal, 12 Juni 2019

Pembimbing



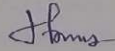
Yuliana Dafriyati, S.Kep.Ns., Msc  
NIP. 19720248199703220001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.D.W.B DENGAN PERDARAHAN POST  
PARTUM DIRUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES  
KUPANG"**

**Disusun Oleh :**



**Hana Mania Samenel  
NIM : PO. 530320116250**

**Telah Diuji Pada Tanggal, 14 Juni 2019**

**Dewan Penguji**

**Penguji I**



**Natalia Debi Subani S.Kep.M.Kes  
NIP. 198012252002122002**

**Penguji II**



**Yuliana Dafroyati, S.Kep.,Ns.,Msc  
NIP. 1972021819970322000**

**Mengesahkan**

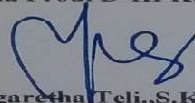
**Ketua Jurusan Keperawatan**



**Dr. Florentianus Tat,SKp.,M.Kes  
NIP. 196911281993031005**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PII  
NIP: 19770727202000032002**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Hana Mania Samenel

Tempat/Tanggal Lahir : Kuaklalo, 28 Maret 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Baumata

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat TK Syalom Oehani Tahun 2004  
2. Tamat SD Gemit Oehani Tahun 2009  
3. Tamat SMPN 1 Taebenu Tahun 2012  
4. Tamat SMAN 1 Taebenu Tahun 2015  
5. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

## **MOTO**

**“KIRANYA DIBERIKANNYA KEPADAMU APA YANG KAUKEHENDAKI DAN  
DIJADIKANYA BERHASIL APA YANG KAU RANCANGKAN”**

**( MAZMUR 20 : 5 )**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan laporan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn D.W.B DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Yuliana Dafroyati, S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Natalia Debi Subani, S.Kep.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Laporan Karya Tulis Ilmiah.
3. Ragu Harming Kristina, SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.,Kess selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes.
5. Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PHselaku Ketua prodi D-III jurusan Keperawatan.
6. Elisabeth Meyeriance Kapitan, S.Kep Ns ,M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
7. Dosen Keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
8. Pihak Rumah Sakit RSUD Prof. W.Z. Yohannes Kupang di ruangan Flamboyan yang telah mengizinkan untuk melakukan studi kasus selama 4 hari.
9. Nn.D.W.B yang bersedia menjadi pasien dalam Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Orang Tua dan Saudara/I yang turut mendukung saya baik dalam dukungan materi, tenaga dan juga dukungan doa.

11. Sahabat (Tiani, Imelda, Ines, Mona, Marta, Rini dan Prisil) yang selalu dan senantiasa membantu dan mendukung saya dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman Kelas A dan teman-teman seperjuangan angkatan 25, terkhususnya teman-teman praktek di ruangan Flamboyan ( Elisabet lamury dan Debora Nyale), serta penyemangat yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juni 2019

Penulis

## ***ABSTRAK***

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.D.W.B DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Nama : Hana Mania Samenel  
NIM : PO. 530320116250

Perdarahan Post Partum adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. perdarahan post partum dibagi menjadi dua yaitu, perdarahan primer ( perdarahan pasca persalinan dini ), terjadi selama 24 jam pertama , sedangkan perdarahan sekunder ( perdarahan masa nifas ).

Tujuan dari karya tulis ilmiah ini, untuk mengetahui asuhan keperawatan pada Nn D.W.B dengan Perdarahan Post Partum, diruangan flamboyan RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang. Dengan metode penelitian perawatan kasus, menggunakan pendekatan proses Keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan melakukan evaluasi.

Hasil penulisan telah dilakukan perawatan menggunakan, asuhan keperawatan dimana dari teori dan fakta tidak ditemukan kesenjangan, dan hasilnya sebagian masalah keperawatan tidak teratasi secara baik karena hari rawatnya singkat.

Kesimpulan pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan berjalan dengan baik, selama hari rawat. tetapi dalam perawatan dibutuhkan waktu yang lama untuk mengevaluasi pasien.

*Kata kunci : Karya Tulis Ilmiah, Asuhan Keperawatan perdarahan post partum.*



## DAFTAR ISI

<b>Judul Halaman</b>	<b>Hal</b>
Judul Halaman.....	-
Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah.....	I
Lembar Persetujuan.....	Ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	V
Abstrak.....	vii
Daftar Isi.....	Viii
Daftar Lampiran.....	Ix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. LatarBelakang.....	1
1.2. TujuanKarya Tulis Ilmiah.....	3
1.3. ManfaatKarya Tulis Ilmiah.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Teori Perdarahan Post Partum .....	5
2.1.1 Pengertian Perdarahan Post Partum.....	5
2.1.2 Etiologi Perdarahan Post Partum.....	6
2.1.3 Patofisiologi Perdarahan Post Partum.....	8
2.1.4 Klasifikasi Perdarahan Post Partum.....	8
2.1.5 Faktor Resiko.....	9
2.1.6 Gejala Klinik Perdarahan Post Partum.....	9
2.1.7 Diagnosis Perdarahan Post Partum.....	9
2.1.8 Komplikasi.....	10
2.1.9 Pemeriksaan.....	10
2.1.10 Tata Laksana Umum.....	10
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan .....	11
2.2.1 Pengkajian.....	11
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	13
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	14

2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	17
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	18
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	19
3.1. Hasil Studi Kasus .....	19
3.1.1. Pengkajian .....	19
3.1.2. Diagnosa Keperawatan.....	22
3.1.3. Rencana Keperawatan.....	24
3.1.4. Implementasi Keperawatan.....	26
3.1.5. Evaluasi Keperawatan.....	29
3.2. Pembahasan.....	31
3.2.1. Pengkajian.....	31
3.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	31
3.2.3. Intervensi Keperawatan.....	32
3.3.4. Implementasi Keperawatan.....	35
3.3.5. Evaluasi Keperawatan.....	36
3.3. Keterbatasan Penelitian.....	36
3.3.1. Persiapan.....	36
3.3.2. Hasil.....	36
BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN.....	37
4.1. Kesimpulan.....	37
4.2. Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA.....	39
Lampiran.....	40

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 2. Jadwal Kegiatan

Lampiran 3. Lembar Konsul

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 2. Hasil Dokumentasi

Lampiran 3. Lembar Konsul

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1.Latar Belakang Masalah**

Persalinan adalah akhir kehamilan dan titik dimulainya kehidupan di luar rahim bayi baru lahir. Dengan faktor- faktor insensial persalinan, proses persalinan itu sendiri, kemauan persalinan, adaptasi ibu dan bayi, proses keperawatan baik pada wanita maupun pada keluarga (Alden, 2004).

Post partum adalah waktu dimana proses penyembuhan dan perubahan, waktu sesudah melahirkan sampai sebelum hamil, serta penyesuaian terhadap hadirnya anggota keluarga baru (mitayani, 2009). Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerpenium dimulai 2 jam setelah melahirkan plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu, dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerperium yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pertolongan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu (Vivian,2011).Dibagi menjadi perdarahan post partum primer dan juga perdarahan post partum sekunder.perdarahan post partum primer terjadi dalam 24 jam pertama. penyebab utama perdarahan post partum primer adalah Antonia uteri, retensio plasenta,dan robekan jalan lahir. Perdarahan post partum sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Perdarahan primer adalah perdarahan pasca persalinan dini, terjadi dalam 24 jam pertama sedangkan perdarahan sekunder perdarahan masa nifas terjadi setelah itu.

Retensio plasenta adalah salah satu komplikasi post partum yang dapat menimbulkan perdarahan, yang merupakan penyebab kematian nomor satu (40% -60%), kematian ibu melahirkan di Indonesia. Berdasarkan data kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan di Indonesia adalah sebesar 43%.Menurut WHO dilaporkan bahwa 15-20% kematian ibu karena retensio plasentadan insidennya adalah 0,8-1,2% untuk setiap kelahiran.berdasarkan data yang di peroleh dari ruangan flamboyan RSUD

Prof.Dr. WZ. Johannes Kupang tiga bulan terakhir yaitu pasien yang masuk rumah sakit dengan diagnosa perdarahan post partum sebanyak 7 orang. sehubungan dengan hal diatas maka penulis termotivasi untuk membahas lebih lanjut tentang perdarahan post partum melalui karya tulis ilmiah dengan judul “ asuhan keperawatan post pada Nn.” D.W.B”dengan perdarahan post partum di ruangan flamboyan RSUD Prof.Dr.WZ Johannes kupang Tahun 2019”.

## **1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

### **1.2.1.Tujuan Umum**

Mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Nn.D.W.B dengan masalah asuhan keperawatan perdarahan post partum di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan proses pengkajian keperawatan pada Nn.D.W.B dengan masalah Perdarahan post partum di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Nn.D.W.B. dengan masalah Perdarahan post partum di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Nn.D.W.B dengan masalah Perdarahan post partum di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
4. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Nn.D.W.B. dengan masalah Perdarahan post partum di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Nn. D.W.B dengan masalah Perdarahan post partum. di Ruang Flamboyan RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang.

## **1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

### **1.3.1. Bagi Penulis**

Sebagai sarana dan alat untuk menambah pengalaman khususnya dibidang keperawatan maternitas pada ibu dengan masalah keperawatan perdarahan post partum.

### 1.3.2. Bagi Institusi

Sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi rekan-rekan mahasiswa keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan masalah keperawatan perdarahan post partum.

### 1.3.3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya keperawatan maternitas pada ibu dengan masalah perdarahan post partum.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Teori Perdarahan Post Partum**

##### **2.1.1. Pengertian perdarahan post partum**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan imatur adalah persalinan saat kehamilan 20-28 minggu dengan berat janin antara 500-1.000 gr. persalinan premature adalah persalinan saat kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin antara 1.000 -2.5000 gr.

Persalinan ( labour ) adalah rangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus melalui jalan lahir ( reeder, martin dan koniak-griffin ,2010). persalinan adalah persalinan alami ,namun apabila tidak di periksa atau diberi perawatan dengan benar banyak klien merasa cemas dan takut atau mengalami komplikasi saat melahirkan, Kecemasan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor resiko atau ketidaktauhan klien dan komplikasi yang dapat terjadi disebabkan oleh faktor-faktor resiko atau ketidaktauhan klien dengan komplikasi yang terjadi disebabkan oleh faktor dari dalam atau dari luar tubuh.

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. perdarahan primer ( perdarahan pasca persalinan dini ) terjadi dalam 24 jam pertama, sedangkan perdarahan sekunder ( perdarahan masa nifas ).

Perdarahan postpartum (PPP) didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam.

##### **2.1.2. Etiologi Perdarahan Postpartum**

Perdarahan postpartum bisa disebabkan karena :

###### **1. Atonia Uteri**

Atonia uteri adalah ketidakmampuan uterus khususnya miometrium untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serat-serat miometrium terutama yang berada di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlekatan plasenta (Wiknjosastro, 2006). Kegagalan kontraksi dan retraksi dari serat miometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syok 9 hipovolemik.



Kontraksi miometrium yang lemah dapat diakibatkan oleh kelelahan karena persalinan lama atau persalinan yang terlalu cepat, terutama jika dirangsang. Selain itu, obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid, magnesium sulfat, beta-simpatomimetik, dan nifedipin juga dapat menghambat kontraksi miometrium.

Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah rahim, korioamnionitis, endometriitis, septikemia, hipoksia pada solusio plasenta, dan hipotermia karena resusitasi masif (Rueda et al., 2013). Atonia uteri merupakan penyebab paling banyak PPP, hingga sekitar 70% kasus. Atonia dapat terjadi setelah persalinan vaginal, persalinan operatif ataupun persalinan abdominal. Penelitian sejauh ini membuktikan bahwa atonia uteri lebih tinggi pada persalinan abdominal dibandingkan vaginal.

## 2. Laserasi jalan lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi (Prawirohardjo, 2010).

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan yaitu (Rohani, Saswita dan Marisah, 2011):

- a. Derajat satu Robekan mengenai mukosa vagina dan kulit perineum.
- b. Derajat dua Robekan mengenai mukosa vagina, kulit, dan otot perineum
- c. Derajat tiga Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani eksternal.
- d. Derajat empat Robekan mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal, dan mukosa rektum.

## 3. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Hal ini disebabkan karena plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan. Retensio plasenta merupakan etiologi tersering kedua dari perdarahan postpartum (20% - 30% kasus).

Kejadian ini harus didiagnosis secara dini karena retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri untuk diagnosis utama sehingga dapat membuat kesalahan diagnosis. Pada retensio 11 plasenta, resiko untuk mengalami PPP 6 kali lipat pada persalinan normal (Ramadhani, 2011).

Terdapat jenis retensio plasenta antara lain (Saifuddin, 2002) :

- a. Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan mekanisme separasi fisiologis.
- b. Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- c. Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan serosa dinding uterus.
- d. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus serosa dinding uterus.
- e. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

### **2.1.3. Patofisiologi Perdarahan Post Partum**

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah, didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum, sehingga sinus-sinus maternalis, ditempat insersinya plasenta terbuka.

Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan paska persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan servix, vagina dan perinium.

### **2.1.4. Klasifikasi Perdarahan Postpartum**

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum yaitu (Manuaba, 2008)

1. Perdarahan Postpartum Primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri.
2. Perdarahan Postpartum Sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum 13 sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

### **2.1.5. Faktor Risiko**

Faktor risiko PPP dapat ada saat sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan saat. Faktor risiko selama kehamilan meliputi usia, indeks massa tubuh, riwayat perdarahan postpartum, kehamilan ganda, plasenta previa, preeklampsia, dan penggunaan antibiotik. Sedangkan untuk faktor risiko saat persalinan meliputi plasenta previa anterior, plasenta previa mayor, peningkatan suhu tubuh  $>37^{\circ}\text{C}$ , korioamnionitis, dan retensio plasenta (Briley et al., 2014). Meningkatnya usia ibu merupakan faktor independen terjadinya PPP. Pada usia lebih tua jumlah perdarahan lebih besar pada persalinan sesar dibanding persalinan vaginal. Secara konsisten penelitian menunjukkan bahwa ibu yang hamil kembar memiliki 3-4 kali kemungkinan untuk mengalami PPP (Anderson, 2008).

Perdarahan postpartum juga berhubungan dengan obesitas. Risiko perdarahan akan meningkat dengan meningkatnya indeks massa tubuh. Pada wanita dengan indeks massa tubuh lebih dari 40 memiliki resiko sebesar 5,2% dengan persalinan normal.

### **2.1.6 Gejala Klinik Perdarahan Postpartum**

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain (Wiknjosastro, 2006; Cunningham, 2005)

### **2.1.7 Diagnosis Perdarahan Post Partum**

1. Perdarahan banyak yang terjadi terus-menerus setelah bayi lahir
2. Pada perdarahan melebihi 20% volume total timbul gejala penurunan tekanan darah nadi cepat, pucat, ekstremitas dingin, sampai terjadi syok.
3. Perdarahan sebelum plasenta lahir biasanya disebabkan retensio plasenta atau lacerasi jalan lahir. bila karena retensio plasenta, perdarahan berhenti setelah plasenta lahir.
4. Pada perdarahan setelah plasenta lahir perlu dibedakan sebanya antara atonia uteri, sisa plasenta, atau trauma jalan lahir. pada pemeriksaan obsterti, mungkin kontraksi uterus lembek dan membesar jika ada atonia uteri. bila kontraksi uterus baik, eksprolasi untuk mengetahui adanya sisa plasenta atau trauma lahir.
5. Riwayat partus lama, partus presipitatus, perdarahan antepartum atau etiologi lain

### **2.1.8. Komplikasi Perdarahan Post Partum**

Syok, KID, Sindrom Sheehan ( nekrosis hipofisis pars anterior )

### **2.1.9. Pemeriksaan Penunjang**

1. Darah : kadar hemoglobin, hematokrit, masa perdarahan, masa pembekuan.
2. USG : bila perlu untuk menentukan adanya sisa jaringan konsepsi intrauterine.

### **2.1.10. Penatalaksanaan Perdarahan Post Partum**

1. Pencegahan : obati anemia dalam kehamilan. pada pasien dengan riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya, persalinan harus bersalangsung di rumah sakit. jangan memijat dan mendorong uterus kebawah sebelum plasenta lepas. berikan 10 unit oksitosinim setelah anak lahir dan 0,2 mg ergometrin im setelah plasenta lahir.
2. Penanganan : Tentukan apakah terdapat syok, bila ada segera berikan transfuse cairan, atau darah, kontrol perdarahan dan berikan oksigen. bila ada keadaan umum telah membaik , lakukan pemeriksaan untuk menentukan etiologi.

Pada retensio plasenta, bila plasenta belum lahir dalam 30 menit, lahirkan plasenta dengan plasenta manual. bila terdapat plasenta akreta, segera hentikan plasenta manual dan lakukan histerektomi.

- a. bila hanya sisa plasenta, lakukan pengeluaran plasenta dengan digital/ kuratase, sementara infus oksitosin diteruskan.
  - b. Pada trauma jalan lahir, segera lakukan reparasi.
  - c. Pada atonia uteri, lakukan masase dan penyuntikan 0,2 ml ergometrin intravena dan prostaglandin parenteral. jika tidak berhasil lakukan kompresi bimanual pada uterus dengan cara memasukkan tangan kiri kedalam vagina dan dalam posisi mengepal diletakan diforniks anterior, tangan kanan diletakan didinding perut memegang fundus uterui. bila tetap gagal dapat dipasang tampon uterovaginal dengan cara mengisi kavum uteri dengan kasa sampai padat selama 24 jam, atau dipasang kateter folley. bila tindakan tersebut tidak dapat menghentikan perdarahan juga, terapi defenitif yang diberikan adalah histeroktom atau ligasi uterine
  - d. Bila disebabkan gangguan pembekuan darah, berikan transfusi plasma segera
- Pada perdarahan pasca persalinan sekunder :
- kompresi bimanual sedikitnya selama 30 menit antibiotik spektrum luas oksitosin 10 U intramuscular tiap 4 jam atau 10-20 U/IV dengan tetesan lambat

15 smetil PGF 0,25 mg IM tiap 2 jam atau ergot alkaloid tiap 6 jam sedikitnya selama 2 hari.

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Pengkajian yang benar dan terarah akan mempermudah dalam merencanakan tindakan dan evaluasi, dari tindakan yang dilaksanakan. Pengkajian dilakukan secara sistematis, berisikan informasi subjektif dan objektif dari klien yang diperoleh dari wawancara dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian terhadap klien post partum meliputi :

#### **1. Identitas pasien**

Data diri klien meliputi : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat, medical record dan lain lain

#### **2. Riwayat kesehatan**

##### **a. Riwayat kesehatan dahulu**

Riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemofilia, riwayat pre eklampsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta.

##### **b. Riwayat kesehatan sekarang**

Yang meliputi alasan klien masuk rumah sakit, keluhan yang dirasakan saat ini yaitu: kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500ml), Nadi lemah, pucat, lokea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin , mual.

##### **c. Riwayat kesehatan keluarga**

Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, pre eklampsia, penyakit keturunan hemophilia dan penyakit menular.

##### **d. Riwayat menstruasi meliputi: Menarche, lamanya siklus, banyaknya, baunya , keluhan waktu haid, HPHT**

##### **e. Riwayat perkawinan meliputi : Usia kawin, kawin yang berapa, Usia mulai hamil, Riwayat hamil, persalinan dan nifas yang lalu**

##### **f. Riwayat hamil meliputi: Waktu hamil muda, hamil tua, apakah ada abortus, retensi plasenta, Riwayat persalinan meliputi: Tua kehamilan, cara persalinan,**

penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir, Riwayat nifas meliputi: Keadaan lochea, apakah ada pendarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi

g. Riwayat Kehamilan sekarang

Hamil muda, keluhan selama hamil muda, Hamil tua, keluhan selama hamil tua, peningkatan berat badan, tinggi badan, suhu, nadi, pernafasan, peningkatan tekanan darah, keadaan gizi akibat mual, keluhan lain

h. Riwayat antenatal care meliputi : Dimana tempat pelayanan, beberapa kali, perawatan serta pengobatannya yang didapat

3. Pola aktifitas sehari-hari

a. Makan dan minum, meliputi komposisi makanan, frekuensi, baik sebelum dirawat maupun selama dirawat. Adapun makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah – buahan.

b. Eliminasi, meliputi pola dan defekasi, jumlah warna,konsistensi. Adanya perubahan pola miksi dan defeksi.BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (*Rustam Mukthar, 1995*).

c. Istirahat atau tidur meliputi gangguan pola tidur karena perubahan peran dan melaporkan kelelahan yang berlebihan.

d. Personal hygiene meliputi : Pola atau frekuensi mandi, menggosok gigi, keramas, baik sebelum dan selama dirawat serta perawatan mengganti balutan atau duk.

### 2.2.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan.
2. Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi)
3. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb,
4. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan proses penyakit.

### 2.2.3. Intervensi keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan

Kriteria hasil :

- a. Turgor kulit baik (elastis)
- b. Intake dan output dalam rentang normal
- c. TTV dalam rentang normal

Intervensi :

- a. Awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan.  
R/untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien.
  - b. Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan.  
R / untuk menghindari perdarahan yang berlebihan.
  - c. Pantau TTV  
R / agar dapat mengindikasikan defisit volume cairan.
  - d. Evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa.  
R / untuk mengetahui tanda dehidrasi
  - e. perhatikan keluhan haus pada pasien  
R / untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit.
  - f. Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi.  
R / untuk mengembalikan kehilangan darah
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik

Tujuan :

Dalam perawatan 1 x 24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang

Kriteria hasil :

- a. Klien tidak meringis kesakitan
- b. Klien menyatakan nyerinya berkurang

c. Ekspresi muka dan tubuh rileks

Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri  
R / untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri
- b. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan  
R / untuk mengetahui reaksi non verbal pasien
- c. Ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat  
R / untuk mengurangi nyeri
- d. Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi  
R / untuk mengurangi nyeri
- e. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik  
R / untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan tidak adekuatnya pertahanan tubuh/sistem imun.

Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil:

- a. Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi.
- b. Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal.

Intervensi:

- a. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengunjung juga dianjurkan untuk melakukan hal yang sama.  
R/ untuk mencegah terjadinya infeksi silang.
- b. Jaga personal hygiene klien dengan baik.  
R / untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup.
- c. Monitor temperatur atau suhu tubuh pasien  
R/ untuk meningkatkan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi.
- d. Kaji semua system tubuh untuk melihat tanda-tanda infeksi.  
R / untuk mencegah/mengurangi terjadinya resiko infeksi,
- e. Kolaborasi pemberian antibiotik bila diindikasikan  
R/ untuk adanya indikasi yang jelas sehingga antibiotic yang dapat diberikan dapat mengatasi organisme penyebab infeksi.



#### 4. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik

Tujuan :

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasiendapat meningkatkan kemampuan mobilisasi fisik,sesuai kemampuan.

Kriteria hasil yaitu:

- a. Klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur
- b. Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik.
- c. Klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah.

Intervensi :

- a. Kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien.  
R / mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.
- b. Bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk.  
R / untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap.
- c. Anjurkan klien untuk tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri.  
R/ mencegah terjadinya redressing.
- d. Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali.  
R / agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.

#### 2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah kategori dan perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkiran dari asuhan keperawatan dilakukan dan disesuaikan.

Langkah-langkah yang diperlukan dalam pelaksanaan adalah sebagai berikut:

##### a) Mengkaji ulang pasien

Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.

##### b) Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan yang ada sebelum memulai keperawatan

Perawat menelaah rencana asuhan keperawatan, dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawatan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status pasien telah berubah

dan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan harus dimodifikasi yaitu :

- a. Pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai rencana yang telah ditetapkan. selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan monitor kemajuan kesehatan klien agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi.
- b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri.
- c. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi resiko infeksi.
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan agar pasien dapat melakukan aktifitas tanpa bantuan.

#### **2.4.5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan yaitu membandingkan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain, dan keluarga untuk meningkatkan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan ditetapkan selama perencanaan.

Langkah-langkah evaluasi dari proses perawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah tujuan. Tujuan asuhan keperawatan untuk membantu pasien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah kekambuhan dari masalah potensial dan pertahankan status sehat. Evaluasi terhadap asuhan menentukan apakah tujuan ini telah dilaksanakan. Aspek dalam dari evaluasi mencakup pencukuran kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dalam lingkungan perawatan kesehatan.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Mahasiswa melakukan pengkajian pada pasien bernama Nn. D.W.B. di ruangan flamboyan pada hari senin, tanggal 27 Mei 2019, no rekam medik 590818 pasien berjenis kelamin perempuan, umur 20 tahun, agama Kristen protestan, asal dari belu, dan bertempat tinggal di kelapa lima kota kupang, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, pasien masuk rumah sakit dari tanggal 21 Mei 2019, jam 14.00 dengan diagnosa, media laparatomi ligagasi hipogastrika post partum anemia dan hipoalbumin.

Riwayat kesehatan, pasien mengatakan bahwa ia biasanya melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas kelapa lima dan juga klinik bersalin senayak 4 kali riwayat obsterti: G1P1A0AH1.

Riwayat keluhan utama, saat pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, dan juga perineum ketika bergerak dan batuk, skala nyeri 3-6 ( nyeri sedang ). pasien tambah meringgis kesakitan ketiak mengerjakan kaki dan juga pada saat batuk pasien juga mengeluh, pusing dan juga batuk-batuk aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan juga keluarga.

Riwayat persalinan , pasien mengatakan bahwa pasien melahirkan normal pada tanggal 21 Mei 2019, di klinik bersalin yang dibantu oleh dokter dan juga bidan. anaknya berjenis kelamin perempuan dengan berat 3.200 gram, saat persalinan dilakukan pemotongan jalan lahir/ episiotomi. Kemudian pasien mengalami perdarahan post partum terjadi disebabkan karena atonia uteri dan kemudian pasien dirujuk ke RSUD umum.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengannya.

Dari pemeriksaan fisik ibu didapatkan : pemeriksaan umum :

- a. Keadaan umum: pasien tampak lemah dan terpasang kateter, kesadaran GCS : 15 (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub> ), pemeriksaan TTV didapatkan TD : 140/90 mmhg, nadi : 82x /menit, suhu: 36,7<sup>0</sup>c dan pernafasan : 22x/menit.
- b. Kepala dan muka

Pasien mengatakan merasa pusing bentuk dan ukuran kepala normal Tidak terdapat luka atau lesi pada kepala dan leher, pemeriksaan wajah simetris, konjungtiva tampak pucat. Pasien tidak dapat melihat suatu benda yang jauh dengan jelas dan tampak kabur sehingga menggunakan alat bantu penglihatan yaitu kaca mata, tidak ada masalah pada telinga pasien dan pasien mampu mendengar dengan baik. Pada pemeriksaan hidung, mulut dan tenggorokan tidak ditemukan masalah. Tetapi mukosa bibir kering, bibir pecah-pecah, gigi putih, tidak ada caries gigi tapi gigi berlubang terdapat pada graham yang kedua simetris, tidak ada lesi, ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan bagian leher.

c. Bagian abdomen

Pada bagian dada saat dikaji bentuk payudara pasien tampak kotor dan juga keras, tidak ada puting susu, tidak ada kolustrum dan payudara kotor sedangkan pada bagian perut pasien terdapat luka operasi.

d. Bagian ekstremitas

Pada saat dikaji pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan semua aktivitas dibantu, pada bagian kaki pasien oedema.

e. Sistem reproduksi

pada saat dikaji pasien terpasang kateter, terdapat luka antara jalan lahir juga anus yaitu luka episiotomi, pada vulva terdapat lochea berwarna merah kecoklatan jumlahnya sedikit dan tidak berbau tidak ada hemoroid dan pasien mengatakan terasa nyeri.

f. Kebutuhan dasar pasien, yaitu untuk nutrisi Sebelum sakit pola makan pasien baik yaitu pasien makan 3 kali sehari tidak ada pantangan makanan, sering makan makanan selingan seperti rotikan makanan ringan lainnya. Perubahan saat sakit, pasien mengatakan nafsu makan menurun kadang-kadang tidak menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh petugas gizi. Kebutuhan cairan sebelum sakit pasien mengatakan minum 7-8 gelas perhari, saat sakit asupan cairan diatur pasien diatur yaitu 1,5 liter selama 24 jam.

g. Pola eliminasi Sebelum sakit klien mengatakan, biasanya BAB 1x sehari dengan konsistensi kadang padat dan kadang lembek, warna kuning kecoklatan/hitam, bau khas feces. BAK 4 – 5 x/hari, tanpa ada kesulitan dalam proses eliminasi, BAK dengan warna kekuningan, bau khas urine. Saat sakit, klien mengeluh sulit kencing (BAK), BAK sedikit-sedikit dan tidak lancar, klien mengatakan tidak

nyaman karena terpasang kateter dimana kadang-kadang urine tampungannya sebanyak 500 – 700 cc/hari, warna kuning jernih. BAB tidak pernah selama klien berada di Rumah Sakit.

- h. Pola aktivitas sebelum sakit klien mengatakan dapat beraktivitas dengan baik tanpa bantuan, klien dapat memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari secara mandiri. Saat sakit : pasien mengatakan jarang bergerak selama berada di rumah sakit karena merasa nyeri dibagian abdomen dan perineum dan pasien mengatakan ia terpasang kateter jadi sulit untuk bergerak.
- i. Personal hygiene pasien mandi satu kali sehari, gosok gigi 1 kali sehari, ganti pakaian 2 kali sehari yang dibantu oleh keluarga.

- j. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien mengatakan dapat tidur nyenyak tanpa ada gangguan tidur siang jam 12.00-13.30 sedangkan tidur malam 20.00-06.00. saat sakit pasien mengatakan kesulitan dan suka terbangun tidur saat terasa nyeri dan batuk.

- k. Kenyamanan :

Pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen yang dioperasi dan juga pada bagian perineum lamanya nyeri yaitu 15-20menit, skala nyeri yaitu 3-6 ( nyeri sedang) pasien juga mengatakan abdomen sakit apabila batuk. Psikososial: pasien dan keluarga menerima kehadiran bayi tetapi pasien mengalami perdarahan post partum

pengetahuan ibu tentang kesehatan bayi, pasien mengatakan bahwa ia hanya tau cara memandikan pasien sedangkan untuk perawatan tali pusat, payudara, nutrisi pada ibu dan bayi, imunisasi dan KB pasien tidak tau. pendidikan kesehatan yang dibutuhkan yaitu: perawatan payudara, cara menyusui, nutrisi bayi karena pasien belum memberikan asi eksklusif kepada bayi imunisasi dan juga keluarga berencana. Data spiritual : pasien beragama Kristen protestan, dan mengikuti kebaktian dan juga kegiatan keagamaan digereja dan juga yakin terhadap agama yang dianutnya.

- l. Data penunjang : pada tanggal 24, dilakukan tes hemoglobin(hb): 5,6 g/dl ( nilai normal 12-16 g/dl ) eritrosit : 2,40, hematokrit : 19 leukosit : 14,58 neutrofil : 80,5 limfosit : 9,9 monosit : 8,9, trombosit : 29 L nilai ( normal 150-400 ribu).

### 3.1.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data penunjang. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

- a. Diagnosa keperawatan yang pertama, data subjektif yaitu Nn.D.W.T. mengalami mengalami perdarahan setelah melahirkan dan pasien tampak pucat, mukosa kering dan tampak bengkak pada bagian kaki kiri dan kanan pasien, untuk kebutuhan minum pasien juga diatur oleh perawat, hemoglobin pasien 4,6 g/dL.

Dari data-data tersebut dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan.

- b. Diagnosa keperawatan yang kedua, data subjektif yaitu data yang muncul yaitu pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen yaitu luka operasi, dan juga perineum saat pasien bergerak dan juga pada pasien batuk, skala nyeri 3-6 yaitu nyeri sedang. dari data yang muncul dapat dirumuskan diagnosa keperawatan gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi).
- c. Diagnosa keperawatan yang ketiga , yaitu data subjektif pasien mengatakan luka belum diganti kasa dan terasa sakit. data objektif ditemukan adalah terdapat luka operasi pada bagian perut pasien dan keadaan luka tersebut bernanah, selain itu juga terdapat luka episiotomy pada jalan lahir pasien. dari data- data dapat dirumuskan diagnosa keperawatan resiko infeksi.
- d. Diagnosa keperawatan yang keempat yaitu, data subjektif, pasien mengatakan tidak bisa mengerjakan tubuh dan juga duduk karena terasa sakit pada luka operasi, dan juga luka episetomy. selain itu pasien juga mengeluh pusing. data objektif Pasien juga mengalami perubahan dalam aktivitas karena kelemahan fisik sehingga pasien hanya terbaring di tempat tidur sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Dari data-data diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik.

### 3.1.3. Rencana keperawatan

Dalam perencanaan menggunakan NANDA, CYNTHIA TAYLOR, Dalam intervensi keperawatan, peneliti menetapkan goal, objektif, rencana intervensi dan rasional. Intervensi yang dibuat yaitu :

- a. Diagnosa keperawatan pertama adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan dipilih menjadi prioritas pertama karena dapat mengancam nyawa, maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan dan objektif dari diagnosa pertama yaitu dalam jangka waktu 1 jam pasien menunjukkan criteria hasil TTV pasien dalam batas normal meliputi : nadi normal ( 60 - 100 x / menit), pernapasan normal ( 16 - 24 x / menit), tekanan darah normal ( 100 - 140 mmHg / 60 – 90). Membran mukosa lembab, turgor kulit baik (elastis). Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan R/ untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien, hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami pendarahan R/ untuk menghindari perdarahan yang berlebihan, Pantau TTV R/ agar dapat mengindikasikan deisit volume cairan, evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa R/ untuk mengetahui tanda dehidrasi, dan perhatikan keluhan haus pada pasien R/ untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit, Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi R/ untuk mengembalikan kehilangan darah
- b. Diagnosa kedua adalah Ganguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengurangi nyeri selama dalam masa perawatan dan objektif dari diagnosa nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu dalam jangka waktu 15 menit pasien menunjukkan criteria hasil pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri, pasien menilai nyeri dengan skala 1 – 10, pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri. Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan R/ untuk mengetahui reaksi non verbal pasien, ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat R/

untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi R/  
untuk membantu mengurangi nyeri, monitor vital sign sebelum dan sesudah  
pemberian analgetik R/ untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum  
dan sesudah pemberian analgetik

- c. Diagnosa ketiga adalah resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit ( penekanan/kerusakan jaringan ), goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi dan objektif dari diagnosa resiko infeksi berhubungan perdarahan pervagina yaitu jangka waktu 2 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ), tidak tampak tanda-tanda infeksi. Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina yaitu kaji kondisi keluaran, yang keluar ; jumlah, warna dan bau R/ untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada dishart misalnya adanya warna yang lebih gelap disertai bau tidak enak mungkin merupakan tanda infeksi, lakukan perawatan vulva R/ inkubasi kuman pada area genital yang relatif cepat dapat menyebabkan infeksi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi TKTP R/ nutrisi TKTP membantu proses penyembuhan luka, kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi R/ untuk mencegah terjadi infeksi.
- d. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan cedera fisik ,goal setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi fisik,sesuai kemampuan.  
kriteria hasil yaitu:klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur,klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik dan klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah.kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien. R / mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk.R / untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap.Anjurkan klien untuk tidur kembali jikasaat duduk terasa nyeri. R/mencegah terjadinya redressing.Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali. R / agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.



### **3.1.4.Implementasi keperawatan**

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 27 Mei 2019. Pada hari pertama dilakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa, keperawatan untuk diagnosa yang pertama adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan secara aktif akibat perdarahan yang berlebihan, diagnosa yang kedua nyeri persalinan berhubungan dengan agens cedera fisik dan juga diagnosa yang ketiga yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik dan juga melakukan perawatan payudara.

#### **1. tanggal 27 Mei 2019**

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan tindakan yang dilakukan adalah ( 07.15 ) observasi keadaan umum pasien (09. 00) melakukan pengukurang TTV dan juga melayani pemberian cairan yaitu cairan RL , (10.15 ) member minum pada pasien (12.15) melakukan pengukuran TTV Pasien TD: 140/90 mmHg, N: 82x/menit, S:37 °C, RR : 20x/menit.
- b. Diagnosa yang kedua yaitu Gangguan rasa aman nyaman: Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik ( kerusakan jaringan) tindakan yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komperehenif yang meliputi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi (07.00), observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi dan distraksi) (07.25), kolaborasi pemberian obat analgetik yaitu ketorolaks (11.00), anjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, gunakan bantal untuk menopang area nyeri (11.05). pada jam( 11.20)melakukan perawatan payudara pada pasien.
- c. Diagnosa ketiga Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan penurunan Hb, implementasi yang telah dibuat yaitu perlindungan infeksi: monitor adanya tanda dan gejala infeksi kemerahan, nanah, bengkak secara sistemik dan lokal, monitor kerentanan terhadap infeksi (07.35), batasi jumlah pengunjung yang sesuai, ajarkan tindakan aseptik untuk pasien beresiko (08.00), observasi keadaan luka, melakukan perawatan luka (08.15), anjurkan tingkatan asupan nutrisi yang cukup, kolaborasi pemberian obat antibiotik, ajarkan pasien dan keluarga tentang pencegahan infeksi.

- d. Diagnosa yang keempat yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agensi cedera fisik tindakan yang dilakukan adalah ( 09.00 ) menganjurkan kepada pasien agar membalikan badan ke kiri dan kanan, ( 12.40 ) membantu pasien duduk.

## **2. Pada tanggal 28 Mei 2019**

Dilanjutkan implementasi untuk setiap diagnosa menggunakan catatan perkembangannya yaitu :

- a. Untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan akibat perdarahan tindakan yang dilakukan yaitu ( 08.30 ), melayani pemberian minum ( 11.00 ) menggantikan cairan RL dengan cairan NaCl dan melakukan transfusi darah ( 12.00 ) melakukan TTV yaitu TD: 140/90 mmHg, N: 92x/menit, S: 36,7°C.
- b. Untuk diagnosa kedua yaitu Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agensi cedera fisik ( kerusakan jaringan ).  
( 09.00 ) mengatur posisi pasien dan juga mengajarkan teknik relaksasi batuk efektif dan juga nafas dalam).
- c. Untuk diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan penurunan Hb, pada jam ( 10.00 ) melakukan perawatan luka episiotomi dan juga vulva hygiene.
- d. Untuk diagnosa yang keempat yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agensi cedera fisik. ( 10.30 ) menganjurkan pasien untuk menggerakkan badan ke kiri dan kanan dan juga menganjurkan pasien untuk duduk untuk diagnosa hambatan mobilisasi fisik yaitu menganjurkan kepada pasien untuk berjalan agar luka operasi pada bagian abdomen cepat kering dan tidak infeksi.

### **3.1.5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

#### **1. Tanggal 27 Mei 2019**

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan akibat perdarahan jam 13 : 35 yaitu S: Nn. D. B mengatakan masih perdarahan, O: TD ; 140/90 mmHg, S : 38,5°C, N: 96x/menit, A ; Masalah belum teratasi, karena pasien masih tampak lemah,

mukosa bibir kering dan juga hb, pasien masih rendah yaitu 4,5 g/dl.P : Intervensi dilanjutkan.

- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu Gangguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik belum teratasi,  
S :karena pasien mengatakan masih terasa nyeri apabila pasien banyak bergerak dan juga batuk, O :Pasien tampak meringgis kesakitan apabila batuk dan bergerak, A: masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan .
- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu, resiko infeksi berhubungan dengan agens cedera fisik. S;pasien mengatakan ia sudah merasa nyaman karena luka sudah dibersihkan dan diganti kasa tetapi luka pada episitomy masih terasa sakit, O: luka operasi pada bagian abdomen tampak bersih, tidak ada nanah dan mengeluarkan darah. sedangkan luka pada perineum masih mengeluarkan darah A; masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan yaitu melakukan perawatan vulva dan luka episetomi.
- d. Padadiagnosa yang keempat yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisisk. S; pasien mengatakan kalau ia banyak bergerak terasa nyeri, O; pasien tampak lemah, belum bisa duduk atupun membalikan badan, semua aktifitas pasien masih dibantu oleh perawat dan juga keluarga.A :Masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

## **2. tanggal 28 mei 2019**

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan jam 14:00 yaitu S: Nn. D. B mengatakan tidak perdarahan lagi dan kateter telah dibuka , O: TD ; 130/80 mmHg, S :37,5<sup>0</sup>C, N: 85x/menit, pasien tampak pucat Hemoglobin pasien 4,9 g/dl.A ;Masalah belum teratasi, karena pasien masih tampak lemah, mukosa bibir kering dan juga hb, pasien masih rendah yaitu 6,9 g/dl.P : Intervensi dilanjutkan.
- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu Gangguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik( kerusakan jaringan) S : pasien mengatakan masih terasa nyeri apabila pasien banyak bergerak dan juga batuk, O :Pasien Sudah bisa membalikan badan dan juga dapat duduk tetapi tampak meringgis kesakitan apabila batuk dan bergerak, A: masalah teratasi sebagian.P : intervensi dilanjutkan .

- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan penurunan Hb. S; pasien mengatakan ia sudah merasa nyaman karena luka sudah dibersihkan dan diganti kasah, O: luka operasi pada bagian abdomen tampak bersih, tidak ada nanah dan mengeluarkan darah. A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan.
- d. Pada diagnosa yang keempat yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik. S; pasien mengatakan kalau ia sudah dapat duduk sendiri tetapi belum bisa ke kamar mandi, O; pasien tampak lemah, sudah dapat duduk dan juga dapat miring kiri, dan juga kanan, tetapi belum bisa ke kamar mandi. A : Masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

## **3.2. Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara teori atau hasil penelitian dan opini peneliti. Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dari proses keperawatan, dari pengkajian ini dapat kita lihat perbedaan kasus dengan teori yaitu: menurut Briley dkk. 2014. Faktor utama pencetus perdarahan post partum adalah, usia yaitu meningkatnya usia ibu merupakan faktor independen terjadinya perdarahan post partum. Pada usia lebih tua jumlah perdarahan lebih besar pada persalinan sesar dibanding persalinan vaginal. Menurut peneliti teori ini sejalan dengan kasus karena perdarahan post partum tidak memandang usia dan terjadi pada usia 20 tahun dan juga 40 tahun keatas. Keluhan menurut Rohani Saswita dan Nanda, gejala perdarahan post partum trauma pasca persalinan. Pada kasus perdarahan post partum ditemukan trauma persalinan yaitu robekan jalan lahir dan juga anemia. Riwayat kesehatan dahulu menurut ( kapita selekta kedokteran) penyebab dari perdarahan post partum yaitu pre eklamsi ( darah tinggi) menurut peneliti benar karena pasien mempunyai riwayat darah tinggi. Riwayat kesehatan keluarga, menurut teori penyebab dari perdarahan post partum yaitu ada keluarga yang menderita hipertensi. Menurut peneliti benar karena ayah pasien juga menderita riwayat darah tinggi. Pemeriksaan penunjang menurut ( selekta kedokteran ) perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti hematogrik, hb, untuk mengetahui perdarahan post partum. Menurut peneliti teori ini benar karena dengan pemeriksaan ini dapat mengetahui penyebab perdarahan pada pasien.

### 3.2.2. Diagnosa keperawatan

Menurut NANDA ( 2013 )diagnosa, keperawatan yang diambil pada pasien dengan diagnosaperdarahan post partum adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan, gangguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan juga penurunan Hb, dan juga hambatan mobilisasi berhubungan denganagens cedera fisik.. menurut peneliti diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan, harus ditegakan karena saat di kaji pasien tampak lemah, urine sedikit, pucat turgor kulit kering Hb, 4,9 g/dl dan mukosa kering dengan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan juga keluarga, untuk diagnosa nyeri juga harus ditegakan karena pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan juga luka episotomi. sedangkan diagnosa resiko tidak perlu ditegakan karena dengan implementasi diagnose hambatan mobilisasi apabila pasien dapat bergerak dan juga berjalan maka luka infeksi akan kering.

### 3.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut NANDA,Diagnosa pertama adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan dipilih menjadi prioritas pertama karena dapat mengancam nyawa, maka goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan dan objektif dari diagnosa pertama yaitu dalam jangka waktu 1 jam pasien menunjukkan criteria hasil TTV pasien dalam batas normal meliputi : nadi normal ( 60 - 100 x / menit), pernapasan normal ( 16 - 24 x / menit), tekanan darah normal ( 100 - 140 mmHg / 60 – 90). Membran mukosa lembab, turgor kulit baik (elastis). Intervensi keperawatan yang dibuat dari diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan R/ untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien, hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami pendarahan R/ untuk menghindari perdarahan yang berlebihan, Pantau TTV R/ agar dapat mengindikasikan devisit volume cairan, evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa R/ untuk mengetahui tanda dehidrasi, dan perhatikan keluhan haus pada pasien R/ untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit,

Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi R/ untuk mengembalikan kehilangan darah

Diagnosa kedua adalah Gangguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengurangi nyeri selama dalam masa perawatan dan objektif dari diagnosa nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu dalam jangka waktu 15 menit pasien menunjukkan criteria hasil pasien menunjukkan kadar dan karakteristik nyeri, pasien menilai nyeri dengan skala 1 – 10, pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien menjelaskan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri. Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan R/ untuk mengetahui reaksi non verbal pasien, ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat R/ untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi R/ untuk membantu mengurangi nyeri, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik R/ untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik

Diagnosa ketiga adalah resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan penurunan Hb, goal dari diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi dan objektif dari diagnosa resiko infeksi berhubungan perdarahan pervagina yaitu jangka waktu 2 x 24 jam pasien menunjukkan kriteria hasil suhu tubuh dalam rentang normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ), tidak tampak tanda-tanda infeksi. Intervensi keperawatan yang dibuat untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan perdarahan pervagina yaitu kaji kondisi keluaran yang keluar ; jumlah, warna dan bau R/ untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada keluar misalnya adanya warna yang lebih gelap disertai bau tidak enak mungkin merupakan tanda infeksi, lakukan perawatan vulva R/ inkubasi kuman pada area genital yang relatif cepat dapat menyebabkan infeksi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi TKTP R/ nutrisi TKTP membantu proses penyembuhan luka, kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi R/ untuk mencegah terjadi infeksi.

Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik goal setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat

meningkatkan kemampuan mobilisasi fisik, sesuai kemampuan. kriteria hasil yaitu: klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur, klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik dan klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah. kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien. R / mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas. bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk. R / untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap. Anjurkan klien untuk tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri. R / mencegah terjadinya redressing. Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali. R / agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.

Jadi kesimpulanya tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena data yang didapat, perbandingan antar teori dan pembahasan sesuai.

#### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Nn. D.W.B semua tindakan dilakukan sesuai dengan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. implementasi dilakukan setelah implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik, tindakan keperawatan dimulai pada tanggal 27-28 Mei 2019. dilakukan

1. Diagnosa pertama kekurangan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu mengukur volume darah yang keluar melalui vagina, jam melayani injeksi kalnex 1 ampul/IV, mengkaji turgor kulit dan membrane mukosa, memantau TTV: TD 140/80 mmHg, N: 92x/menit. memberikan transfusi darah 1 kantong darah. Implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara konsep teori yang ada dengan kenyataan di lapangan. Dimana setiap intervensi yang dibuat semua diimplementasikan di ruangan
2. Diagnosa kedua Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan cedera fisik, yaitu mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien, meminta pasien untuk menggunakan sebuah skala 1 – 10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya, membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman yaitu posisi sim kiri, mengajarkan pasien teknik relaksasi; napas dalam, melakukan perawatan payudara, melakukan kompres hangat pada payudara kanan dan kiri. implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Apa yang sudah direncanakan di intervensi keperawatan semuanya diimplementasikan.

3. Diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan penurunan Hb, yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi, mengukur suhu tubuh, melakukan perawatan daerah genitalia, dan perawatan luka operasi dan melayani cefotaxime injeksi 3 x 1 gr/IV. semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.
4. Diagnosa keempat hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik, tindakan yang dilakukan yaitu mengatur posisi pasien, melatih pasien miring kiri dan kanan dan juga menganjurkan kepada pasien untuk duduk dan berjalan agar luka operasi tidak terinfeksi dan cepat kering. semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.

### **3.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi pada Nn.D.W.B sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan, belum teratasi karena pasien mengatakan kencing sedikit pusing dan juga turgor kulit kering Hb 4,9 g/dl. Untuk diagnose gangguan rasa aman nyaman: nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik belum teratasi, pasien mengatakan pada bagian luka tidak saat berjalan tetapi masih merasakan nyeri saat pasien batuk, pasien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 3-6. Pada diagnosa ketiga, resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan penurunan Hb teratasi, luka tampak bersih, tidak ada nanah, pada area luka. Pada diagnosa hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik belum teratasi, pasien mengatakan masih lemah, mudah capek dengan semua aktivitas pasien masih dibantu kecuali pasien pergi ke kamar mandi.

## **3.3. Keterbatasan Penelitian**

### **3.3.1. Persiapan**

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan proposal studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

### **3.3.2 Hasil**

Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa proposal ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh pun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.



## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

1. Pengkajian yang dilakukan pada Nn.D.W.B. pada tanggal, 27 mei 2019, pasien mengatakan, masuk RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang pada tanggal 21 mei 2019, jam 14.00 dengan keluhan utama perdarahan setelah melahirkan. Keluhan yang dirasakan oleh Nn.D.W.B. saat ini yaitu pusing, nyeri pada bagian abdomen dan juga pada perinium, nyeri yang timbul hilang muncul yaitu saat bergerak dan juga batuk.
2. Berdasarkan pengkajian yang lengkap, diangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan data subyektif (dari keluarga dan pasien), obyektif (dilihat dari keadaan pasien), serta data pendukung lainnya maka diagnosa keperawatannya yang diambil adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan secara aktif akibat perdarahan, Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan), Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb, dan Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik.
3. Intervensi keperawatan yang diambil berdasarkan NANDA dan dan Cynthia Taylor (2015), yaitu pada diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi), Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb, dan Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik.
4. Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. Mulai dari diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan, gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi), Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb, dan Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera fisik.
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Nn.D.W.B, menunjukkan keempat, masalah keperawatan yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan yaitu teratasi sebagian, gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik,

(penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi) teratasi sebagian, Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb teratasi sebagian, dan Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agen cedera masalah teratasi.

#### **4.1. Saran**

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan maternitas terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan perdarahan post partum.

##### **2. Bagi Rumah sakit**

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan asuhan keperawatan maternitas yang lebih cepat dan tepat kepada pasien-pasien yang mengalami perdarahan post partum.

##### **3. Bagi Perawat**

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di Flamboyan yang melakukan tindakan keperawatan maternitas pada pasien dengan perdarahan post partum, bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

## Daftar Pustaka

Kusdijanto dkk, 2001.*kapita selekta kedokteran UI*. Media aesculapiuus : Jakarta.

Syafrudin, 2009.*kebidanan Komonitas*. Penerbit Buku Kedokteran Kedokteran. EGC: Jakarta

Samidsuru shigemi, 2017.*NANDA internasional*.EGC : Jakarta

Taylor chyintia.2011, *diagnosis keperawatan*.EGC :jakarta

WHO, 2017.*perdarahan post partum online [http// depyulianti blogspot. com](http://depyulianti.blogspot.com)*.

Wulanda, 2015.*biologi reproduksi*.EGC :Jakarta

Sinclair constance,2010. *Buku saku kebidanan*.EGC : Jakarta.

Reader Martin,2002. *Keperwatan maternitas*.EGC : Jakarta

## **FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM**

Nama mahasiswa : Hana mania samenel

Nim : PO530320116250

Tanggal masuk : 27 mei 2019

Jam masuk : 07.00

Ruang / kelas : tingkat III regular A

Kamar no : Bet 9

Pengkajian tanggal : 27 mei 2019

Jam : 08.00

### **1. IDENTITAS PASIEN**

nama : Nn. D.W.B.

Umur : 20 tahun

Suku/ bangsa : belu/ Indonesia

Agama : Kristen

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : -

Alamat : kelapa lima

Status perkawinan : Tidak menikah

Riwayat Obstetr I : G1P1A0H1

Pasien tidak menikah

### **2. RIWAYAT KESEHATAN**

- a. Tempat pemeriksaan kehamilan : Pustu kelapa lima
- b. Frekuensi : 3 kali
- c. Imunisasi :
- d. Keluhan selama kehamilan :
- e. Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh : Perawatan payudara dan teknik

### 3. RIWAYAT PERSALINAN

- a. Tempat persalinan : ( ) RS ( ) Klinik Bersalin ( ) Rumah  
( ) Lain; lain,

Sebutkan : Pasien mengatakan melahirkan di klinik bersalin.

- b. Penolong : Dokter, Bidan, dan perawat.

- c. Jalanya Persalinan

KALA I	KALA II	KALA III	KALA IV

### Laporan operasi

--

### 4. PEMERIKSAAN FISIK IBU

- a. TTV : TD : 140/90 mmHg N: 82 x/menit  
S : 36,5°C RR : 20x/menit

- b. Pemeriksaan Umum :

- Keadaan Umum : Pasien tampak lemah GCS :(E4V5M6)
- Kesadaran : Composmentis
- Kelainan bentuk dada : tidak ada

c. Kepala / Muka

- kulit kepala : Bersih
- Mata : Normal
- Telingga : Normal
- Hidung : Normal
- Mukosa Mulut/gigi : Bersih

d. Leher

- JVP : Normal
- Kelenjar Tyroid : Normal
- Kelenjar : Limfe

e. Dada

- Bentuk Payudara : Normal
- Putting Susu : Ada
- Pigmentasi : Tidak ada
- Kolostrum : Ada
- Kebersihan Payudara : Payudara tampak kotor

f. Perut

- Tinggi Fundus Uteri : -
- Kekenyalan :
- Diastatis Rectus Abdominalis:

Panjang :

Lebar :

g. Vulva

- Lochea : Alba / Coklat Kehitaman
- Jumlah :
- Bau : Tidak Bau
- Kebersihan ; Bersih
- h. Perinium : Episitomi
- i. Heamoroid : Tidak ada
- j. EKstremitas : Oedem

## 5. KEBUTUHAN DASAR

### a. Nutrisi

- Pola Makan : Baik
- Frekuensi : 3-4 kali sehari
- Jenis makanan : Apa saja
- Intake Cairan / 24 Jam : Kebutuhan Cairan pasien diatur yaitu 1,5 liter /24
- Pengetahuan Ibu Tentang Nutrisi Buketi : -
- Makanan Pantangan : Tidak Aada

### b. Eliminasi

- BAB : Belum Pernah BAB selama Masuk RS
  - ✓ Frekuensi : -
  - ✓ Nyeri Saat BAB : -
- BAK : Pasien terpasang kateter
  - ✓ Frekuensi : 200 cc
  - ✓ Nyeri Saat BAK : Ya

### c. Aktivitas

- Mulai Ambulasi Jam : -
- Senam Nifas : -

### d. Personal Hygiene :Pasien Mengatakan Hanya di Lap

- Frekuensi Mandi : 1 Kali / hari
- Frekuensi gosok Gigi : 1 Kali / Hari
- Frekuensi Ganti Pakaian : 1 kali / hari

e. Istirahat Dan Tidur : pasien mengatakan susah Tidur

- Tidur Siang : 1-2 jam
- Tidur Malam : 6- 7 Jam
- Gangguan Tidur : Ada Saat nyeri Pasien Sering Terbangun

f. Kenyamanan

- Nyeri : Ya
- Lokasi : Bagian perut hasil operasi dan juga luka episiotomi pada jalan lahir
- Durasi : 15-30 menit
- Skala : 6-7 ( Nyeri Sedang )
- Lian – lain : pasien mengatakan bahwa pasien merasa nyeri saat banyak bergerak dan juga saat batuk.

g. Psikososial

- Respon Ibu Terhadap Kelahiran Bayi ; Menerima
- Respon Keluarga Terhadap Kelahiran Bayi : Menerima
- Fase Taking In/ketergantungan : pasien merasa tidak nyaman pada dirinya, pasien merasa nyeri, pada luka jahitan
- Fase Taking Hold/ rasa khawatir : pasien merasa kalau ia tidak dapat mengurus bayinya
- Fase Letting Go/menerima tanggung jawab :
- Post Partum Blues :

h. Komplikasi Post Partum

- Infeksi : Ya
- Gangguan Laktasi :
- Perdarahan Post Partum : Ya

i. Bagaimana Pengetahuan Ibu Tentang :

- Perawatan Payudara : pasien tidak mengerti



- Cara Menyusui : Mengerti
- Perawatan Tali Pusat : Mengerti
- Cara Memandikan Bayi : Mengerti
- Nutrisi Bayi : Tidak Tau
- Nutrisi Ibu Menyusui : Tidak mengerti
- KB :
- Imunisasi : Mengerti
- Lian-lain :

j. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan : Nutrisi Bayi

k. Data Spiritual

- Agama : Kristen Protestan
- Kegiatan Agama : Gereja Dan Sering Mengikuti Ibadah
- Apakah Pasien Yakin Agama Yang Dianutnya : Yakin

l. Data Penunjang

- Laboratorium :  
Darah
- USG :

6. TERAPI

7. DATA TAMBAHAN

#### Analisa Data

Data- data	Etiologi	Masalah
DS: Pasien mengatakan mengalami perdrahan setelah melahirkan.  DO : 1. Pasien tampak pucat, turgor kulit kering,	Kehilangan volume tubuh secara,aktifakibat perdarahan	kekurangan volume cairan

<p>bibir kering, dan kedua kaki pasien tampak oedem.</p> <p>2. pasien terpasang infus RL,</p>		
<p>DS: pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen yaitu luka operasi,dan juga perineum saat pasien bergerak dan juga pada pasien,batuk.</p> <p>DO :Wajah pasien tampak meringgis kesakitan ketika batuk dan membalikan badan.</p> <p>skala nyeri 4-6 yaitu nyeri sedang</p>	<p>penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi</p>	<p>ganguan rasa aman nyaman : nyeri</p>
<p>DS :</p> <p>pasien mengatakan luka belum diganti kasa dan terasa sakit.</p> <p>DO:</p> <p>Terdapat luka operasi pada bagian perut pasien dan keadaan luka tersebut bernanah, selain itu juga terdapat</p>	<p>Cedera fisik</p>	<p>Resiko infeksi</p>

luka episiotomy pada jalan lahir pasien.		
<p>DS:</p> <p>pasien mengatakan tidak bisa mengerakan tubuh dan juga duduk karena terasa sakit pada luka operasi, dan juga luka episetomy.selain itu pasien juga mengeluh pusing.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terbaring ditempat tidur, dengan semua kebutuhan dibantu oleh perawat dan juga keluarga.</p>	Cedera fisik	hambatan mobilisasi fisik

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan.
2. Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi)
3. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb,
4. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan cedera fisik.

#### INTERVENSI KEPERWATAN

Dignosa kep	Goal dan objektif	Intervensi	Rasional
Defisit volume	Tujuan :	Awasi masukan	untuk membantu

cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan.	<p>Setelah dilakukan tindakan, keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turgor kulit baik (elastis)</li> <li>2. Intake dan output dalam rentang normal</li> <li>3. TTV dalam rentang normal</li> </ol>	<p>dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan</p> <p>Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan</p> <p>Pantau TTV Evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa</p> <p>perhatikan keluhan haus pada pasien</p> <p>Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi</p>	<p>perkiraan keseimbangan cairan pasien</p> <p>untuk menghindari perdarahan yang berlebihan</p> <p>agar dapat mengindikasikan devisa volume cairan untuk mengetahui tanda dehidrasi</p> <p>untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit</p> <p>untuk mengembalikan kehilangan darah</p>
---	--	---	---

<p>Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan cedera fisisk</p>	<p>Tujuan :            Dalam perawatan 1 x 24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang            Kriteria hasil :            1 Klien tidak meringis kesakitan            2 Klien menyatakan nyeri berkurang            3 Ekspresi muka dan tubuh rileks</p>	<p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri            Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan            Ajarkan teknik non farmakologi :            napas dalam, distraksi dan kompres hangat            Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi            Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik</p>	<p>untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri            untuk mengetahui reaksi non verbal pasien            untuk mengurangi nyeri            untuk mengurangi nyeri            untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik</p>
<p>Resiko tinggi infeksi, berhubungan tidak adekuatnya pertahanan</p>	<p>Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan</p>	<p>Cucitangan sebelum melakukan tindakan.            Pengunjung juga</p>	<p>untuk mencegah terjadinya infeksi silang</p>

tubuh/sistem imun dan penurunan Hb .	<p>keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.</p> <p>Kriteria hasil: Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi.</p> <p>Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal</p>	<p>dianjurkan untuk melakukan hal yang sama.</p> <p>Jaga personal hygiene klien dengan baik Monitor temperatur atau suhu tubuh pasien Kaji semua system tubuh untuk melihat tanda-tanda infeksi.</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik bila diindikasikan</p>	<p>untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup.</p> <p>untuk meningkatkan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi</p> <p>untuk mencegah/mengurangi terjadinya resiko infeksi, i.</p>
Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan cedera fisik	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasiendapat meningkatkan</p>	<p>Kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien.</p> <p>Bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk.</p>	<p>mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap</p>

	<p>kemampuan mobilisasi fisik,sesuai kemampuan.</p> <p>Kriteria hasil yaitu:</p> <p>Klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur</p> <p>Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik.</p> <p>Klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah.</p>	<p>Anjurkan klien untuk tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri .</p> <p>Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali.</p>	<p>mencegah terjadinya redressing.</p> <p>Agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah,terjadinya komplikasi.</p>
--	---	---	---

# IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal	Jam	Tindakan	Paraf
1	Senin, 27 mei 2019	07.15 09.00  10.15 12.15	Observasi keadaan umum pasien melakukan pengukurang TTV dan juga melayani pemberian cairan yaitu cairan RL , memberi minum pada pasien melakukan pengukuran TTV	Hana
2	Senin 27 mei 2019	07.00      07.25 11.00 11.05   11.20	Melakukan pengkajian nyeri secara komperehenif yang meliputi lokasi, durasi, karakteristik, freekuensi observasi adanya petunjuk nonverbal,mengenai ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya relaksasi dan distraksi).melayanipemberian obat analgetik yaitu ketorolaks anjurkan pasien untuk beristirahat yang cukup, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, gunakan bantal untuk menopang area nyeri pada melaukan perawatan payudara pada pasien.	Hana
3	Senin 27	07.35	monitor adanya tanda dan gejala	Hana



	mei 2019	08.00	infeksi kemerahan, nanah, bengkak secara sistemik dan lokal, monitor kerentanan terhadap infeksi batasi jumlah pengunjung yang sesuai, ajarkan tindakan aseptik untuk pasien beresiko	
		08.15	observasi keadaan luka, melakukan perawatan luka anjurkan tingkatan asupan nutrisi yang cukup, kolaborasi pemberian obat antibiotik, ajarkan pasien dan keluarga tentang pencegahan infeksi.	
4	Senin 27 mei 2019	09.00	menganjurkan kepada pasien agar membalikan badan kekiri dan kanan,	Hana
		12.40	membantu pasien duduk.	

#### Implementasi hari ke 2

Diagnosa Keperawatan	Hari tanggal	Jam	Tindakan	Paraf
1	Selasa 28 mei 2019	08.30 11.00 (12.00)	Melayani, pemberian minum mengantikan cairan RL dengan cairan Nacl dan melakukan transfusi darah. melakukan TTV	Hana
2	Selasa 28 mei 2019	09.00	mengatur posisi pasien dan jugamengajarkan teknik relaksasi batuk efektif dan juga nafas dalam).	Hana

3	Selasa 28 mei 2019	10.00	melakukan perawatan luka episotomi dan juga vulva hayige.	Hana
4	Selasa 28 mei 2019	(10.30)	menganjurkan pasien untuk mengerakan badan kekiri dan kanan dan juga menganjurkan pasien untuk duduk untuk diagnosa hambatan mobilisasi fisik yaitu menganjurkan kepada pasien untuk berjalan agar luka operasi pada bagian abdomen cepat kering dan tidak infeksi.	Hana

#### EVALUASI KEPERWATAN

Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal	Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1	Senin 28 mei 2019	13: 35	S: Nn. D. B mengatakan masih perdarahan. O: TD ; 140/90 mmHg, S :38,5 N: 96 kali permenit. A ;Masalah belum teratasi, karena pasien masih tampak lemah, mukosa bibir kering dan juga hb, pasien masih rendah yaitu 6,5 g/dl. P : Intervensi dilanjutkan.	Hana
2	Senin 28 mei 2019	13;45	S :pasien mengatakan masih terasa nyeri apabila pasien banyak bergerak dan juga batuk. O :Pasien tampak meringgis	

			<p>kesakitan apabila batuk dan bergerak.</p> <p>A: masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
3	Senin 27 mei 2018		<p>S;pasien mengatakan ia sudah merasa nyaman karena luka sudah dibersihkan dan diganti kasa tetapi luka pada episitomy masih terasa sakit.</p> <p>O: luka operasi pada bagian abdomen tampak bersih, tidak ada nanah dan mengeluarkan darah. sedangkan luka pada perineum masih mengeluarkan darah.</p> <p>A; masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan yaitu melakukan perawatan vulva dan luka episetomy.</p>	Hana
4	Senin 27 mei 2018		<p>S; pasien mengatakan kalau ia banyak bergerak terasa nyeri.</p> <p>O; pasien tampak lemah, belum bisa duduk ataupun membalikan badan, semua aktifitas pasien masih dibantu oleh perawat dan juga keluarga.</p> <p>A :Masalah belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>	Hana

**Evaluasi hari ke 2**

Diagnosa keperawatan	Hari tanggal	Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1	28 mei 2019	14:00	<p>S: Nn. D. B mengatakan tidak perdarahan lagi dan kateter telah dibuka.</p> <p>O: TD ; 130/80 mmHg, S :37,5 N: 85 kali permenit, pasien tampak pucatn Hemoglobin pasien 6,9 g/dl,,</p> <p>A ;Masalah belum teratasi, karena pasien masih tampak lemah, mukosa bibir kering dan juga hb, pasien masih rendah yaitu 6,9 g/dl.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	Hana
2	28 mei 2019		<p>S;pasien mengatakan ia sudah merasa nyaman karena luka sudah dibersihkan dan diganti kasha.</p> <p>O: luka operasi pada bagian abdomen tampak bersih, tidak ada nanah dan mengeluarkan darah.</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>	Hana
3	28 mei 2019		<p>S : pasien mengatakan masih terasa nyeri apabila pasien banyak bergerak dan juga batuk.</p> <p>O :Pasien Sudah bisa membalikan badan dan juga dapat duduk tetapi tampak meringgis kesakitan apabila batuk dan bergerak.</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan .</p>	

4	28 mei 2019		<p>S; pasien mengatakan kalau ia sudah dapat duduk sendiri tetapi belum bisa kekamar mandi.</p> <p>O; pasien tampak lemah, sudah dapat duduk dan juga dapat miring kiri, dan juga kanan,tetapi belum bisa kekamar mandi.</p> <p>A :Masalah belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>	Hana

Lampiran 3



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)




**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : HANA MANIA SAMANEL

NIM : PO 530320116250

NAMA PEMBIMBING : YULIANA DAFROYATI ,S .Kep. Ns. Msc

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1	31 MEI 2019	1. Konsultasi Judul 2. Konsultasi BAB 1,2,3,4 3. Konsultasi Kasus	
2	1 JUNI 2019	Konsultasi Karya tulis ilmiah	
3	10 JUNI 2019	Konsultasi cara penulisan, dan pengeditan karya tulis ilmiah.	
4	11 JUNI 2019	Konsultasi Perbaikan Karya Tulis ilmiah Dan penyusunan	
5	12 JUNI 2019	Konsultasi Perbaikan Bab 4 Pembahasan Peneliti, Kover, Lembar Pengesahan, Lembar Persetujuan dan Daftar Isi	
6	13 Juni 2019	Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Dan Persiapan Persidangan Karya Tulis Ilmiah	
7	17 JUNI 2019	Perbaikan Pengeditan Karya Tulis Ilmiah dan cara membuat Abstarik	

8	18 JUNI	Perbaikan Cara Pembuatan Abstrak	
9			